LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Sur la sérumthérapie antidiphtérique, à propos de trois observations, par le Dr Pellier, 469. — **Bibliographie** : Le Hoang-nan, par M. Lesserteur, 470. — La stérilisation pratique en chirurgie, par le Dr Ch. Levassort, 470. — **Revue de la presse** : Note sur le traitement de la coqueluche et en particulier sur l'emploi du bromoforme, 471. — **Académie des sciences** : *Séance du 6 juillet.* — Présidence de M. A. Cornu, 471. — Effets thérapeutiques des courants à haute fréquence, 471. — Recherches expérimentales sur les effets des injections intraveineuses massives des solutions salines simples et composées (Détermination de leur valeur en vue de leur application à la thérapeutique, 473. — Sur un parasite accidentel de l'homme appartenant à l'ordre des Thysanoures, 473. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 10 juillet.* — Présidence de M. d'Heilly, 473. — L'hyperplasie compensatrice dans la cirrhose alcoolique hypertropique, 473. — Hypothermie due à une hépatite toxique, 474. — Phlébite fibro-adhésive des sinus craniens chez un enfant hydrocéphale, 474. — Radiographie des arthrites déformantes blennorrhagiques, 474. — Toxicité de l'acide borique, 474. — Pepsinurie et pepsinurie pathologique, 474. — **Société française de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 9 juillet* 1896. — Présidence de M. Besnier, 474. — Sur la nature de la dermatose herpétiforme, 474. — Glossite syphilitique développée malgré le traitement par les injections de calomel, 475. — Contagion hospitalière de la syphilis, 475. — Un cas de laryngite tertiaire grave, traité par les injections de calomel, 475. — Cas de lèpre mixte, autochtone, chez un breton, 475. — Mycosis fongoïde avec localisation initiale, éruption polymorphe et végétations auxiliaires inguinales, 476. — Sur un cas typique du lichen scrofulosorum, sa nature et ses relations avec l'acné séborrhéique par M. E. H. Hallopeau et G. Bureau. 476. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 14 juillet.* — Présidence de M. Ladreit de Lacharrière, 476. — Rapport sur la candidature de M. le Dr Picqué, au titre de membre titulaire, 476. — Névralgie superficielle chez une accouchée, 479. — Prophylaxie de la tuberculose, 479. — **Société de chirurgie** : *Séance du 15 juin* 1896. — Présidence de M. Ch. Monod, 479. — Résection du ganglion de Gasser, 479. — Cal vicieux, ostéotomie, 479. — Gastro-entérostomie par le procédé de Souligou, 479. — Torsion du cordon spermatique avec étranglement du testicule, 479. — Cholécystectomie pour lithiase biliaire, 480. — Accidents névritiques à distance par la compression progressive et forcée, 480. — **Memento pratique** : Quelques nouvelles formules d'ophthalmologie, par le Dr de Bourgon (*suite*), 480. — **Variétés** : Les rôdeurs de Paris sous l'ancien régime, 481. — **Nouvelles**, 482.

CLINIQUE MEDICALE

Sur la sérumthérapie antidiphtérique, à propos de trois observations

Par M. le Dr Pellier

Tout dernièrement, notre collègue M. Brunet, dans son travail de candidature, nous relatait avec une grande conviction le traitement de la diphtérie par le sérum à des doses assez élevées et surtout assez répétées; tant qu'il y a de la fièvre, ajoutait-il, je fais des injections. Malgré mon entière confiance dans la médication, je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'avoir recours à des doses élevées, et qu'il soit prudent de répéter à de courts intervalles, même quand la fièvre n'a pas disparu. Je citerai à l'appui trois observations, plutôt comme suite que comme critique du travail de M. Brunet.

L'enfant Br., âgé de cinq ans et demi, un peu anémique, avec un certain degré de lymphatisme, présentait depuis quelque temps de l'impétigo nasal. Un jour, le 4 mai, je constate dans la narine gauche une plaque blanche, les amygdales sont recouvertes aussi de taches blanchâtres.

Le 5, une irrigation nasale, à l'aide du siphon de Weber, amène l'expulsion d'une énorme fausse membrane.

L'examen fait au laboratoire municipal y décèle le *bacille de Loeffler* avec des *staphylocoques* et des *streptocoques*. — Le 7 mai la propagation s'est faite au larynx : toux rauque, voix éteinte, gêne respiratoire; à 4 heures du soir je pratique une injection de *sept centimètres-cubes* de sérum. Dès le lendemain matin il y a expulsion de portions membraneuses, le tirage est moins prononcé, le pouls est à 100 pulsations. A partir de trois heures de l'après-midi, plus de rejet de membranes; la nuit est agitée, le tirage revient, pouls 90, temp. ax. 39°. Pas d'albumine dans l'urine. Le 9 au matin, je fais de nouveau une injection de *dix centimètres cubes* de sérum. L'alimentation dans la journée a été suffisante; mais le soir l'état reste stationnaire avec pouls 96, temp. ax. 39°. La nuit est meilleure, l'alimentation se maintient et après l'expectoration de parcelles membraneuses sanguinolentes, la respiration devient plus facile. La température reste néanmoins à 39°3; le lendemain 11 elle est à 38°6 le matin et 38°7 le soir. Le 12, température 38°7 le matin, 38°9 le soir; à l'auscultation, je constate des râles ronflants surtout du côté droit de la poitrine. Le 13, la température est encore à 38°1, cependant je ne juge plus à propos de refaire d'injection. Le lendemain les râles ont disparu, mais une éruption d'urticaire se déclare assez légère d'ailleurs pour ne pas entraver la guérison. C'est même à cause d'une prédisposition facile à l'urticaire dont on m'avait prévenu que je n'ai injecté d'abord que sept centim. cubes; la seconde fois cette même dose aurait peut-être suffi.

Chez un enfant de deux ans et demi qui fait le sujet d'une seconde observation et à qui son frère, soigné à l'hôpital de diphtérie, avait rapporté la rougeole, j'ai pratiqué à deux jours d'intervalle *deux injections de cinq centimètres cubes* chacune, a prèsconfirmation par le laboratoire de la présence du bacille de Lœffler.

La première a été faite le 4 mai, la deuxième en

pleine éruption de la rougeole qui a évolué avec une respiration de plus en plus facile. Tandis que son frère, âgé de sept ans, venait de succomber, la guérison s'est effectuée chez celui-ci, en laissant toutefois une paralysie du voile du palais qui n'a disparu qu'après trois semaines.

Presque en même temps que ces deux malades, j'ai eu à soigner un petit enfant de 21 mois qui a présenté pendant trois jours tous les symptômes du croup ou plutôt, d'après mon impression, du faux croup.

Un examen bactériologique des mucosités pharyngiennes avait été négatif; mais les accès de suffocation persistaient. Un peu de blanc sur l'amygdale gauche pouvait m'autoriser à faire une injection de sérum. Je demandai un nouvel examen bactériologique qui ne révéla la présence que de microcoques et de staphylocoques. Je me suis félicité de ma temporisation, malgré l'impatience des parents et bien qu'il y eût de la fièvre, car les nuits sont devenues meilleures et la guérison définitive.

En résumé, j'ai obtenu trois guérisons; mes observations prouvent que dans cette médication, comme dans toute autre, il faut apporter le sens clinique, que dans les trois l'examen bactériologique a été conforme à l'aspect de la maladie et que dans la pratique il n'y a qu'à se louer du service du laboratoire que notre Société a pris l'initiative de fonder.

BIBLIOGRAPHIE

Le Hoang-nan, remède tonkinois contre la rage, la lèpre et autres maladies, par E. C. Lesserteur, directeur au séminaire des missions étrangères. Deuxième édition, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1896.

Depuis 17 ans que M. Lesserteur, dans une première édition, a fait connaître au public médical français le Hoang-nan, il ne paraît pas qu'on se soit beaucoup occupé des propriétés thérapeutiques remarquables attribuées à ce remède. A ce point de vue, une deuxième édition aurait déjà été nécessaire, si l'auteur n'avait pris soin d'ajouter de nombreux faits qui viennent corroborer l'opinion qu'il s'était faite sur le Hoang-nan. Ce remède est l'écorce d'une loganiacée, le strychnos gautheriana, qui fournit la strychnine et la brucine et peut-être d'autres alcaloïdes. On emploie dans les pays d'origine des pilules dans lesquelles le Hoang-nan est associé à l'alun et au réalzar naturel. Dans cet ouvrage on trouvera des observations très documentées de la part des médecins des colonies et des religieux qui vivent en contact avec les malades; ces observations établissent d'une façon indubitable l'action du Hoang-nan contre la lèpre dans les diverses régions exotiques où elle sévit. Le même remède a fourni de bons résultats dans le traitement des scrofulides.

On trouvera également la relation de quelques cas de morsure de serpents venimeux traités avec succès par le Hoang-nan. Les Chinois se servent depuis des siècles de ce même remède dont ils connaissent l'action bienfaisante non seulement contre les morsures de serpent, mais aussi contre la rage. Le Dr Barthélemy (de Nantes) a étudié de son côté dans différents mémoires l'action du Hoang-nan contre la rage, soit dans la rage confirmée, soit pendant la période d'incubation d'une rage présumée. C'est dans ce dernier cas que le traitement, quel qu'il soit, aura des chances de donner quelque résultat. Or les observations qui ont été faites avec ce remède dans les cas de morsure par des animaux enragés aussitôt après l'accident sont favorables à l'hypothèse d'une action préventive. Il y aurait grand intérêt à essayer sérieusement ce remède dans les circonstances indiquées afin d'en fixer la valeur thérapeutique. Les observations que cite M. Lesserteur dans son ouvrage sont assez explicites pour qu'on tente l'application de ce remède sur une plus large échelle et que le Hoang-nan prenne un rang moins obscur dans l'arsenal thérapeutique.

L. J.

La stérilisation pratique en chirurgie, par le Dr Ch. Levassort. Société d'éditions scientifiques. Paris, 1896.

Dans cette étude l'auteur donne toute la série d'appareils qu'il a imaginés de façon à pouvoir pratiquement posséder chez soi tous les éléments d'une salle d'opérations pour la chirurgie courante, et la doter du matériel indispensable. De là toute la série d'appareils ayant pour objet d'assurer la stérilisation de l'eau, des instruments et des objets de pansement.

L'auteur étudie donc la filtration de l'eau, la stérilisation par la chaleur, ébullition simple et ébullition sous pression, la stérilisation par les agents chimiques, et accessoirement la valeur d'un de ces agents, le permanganate de chaux considéré comme antiseptique; puis la stérilisation par la chaleur et les agents chimiques combinés, enfin la conservation de l'eau aseptique.

Dans un autre chapitre l'auteur s'occupe de la stérilisation et de la conservation des crins, soies, drains, sondes, canules, etc., par le procédé de l'obturateur automatique; de la stérilisation et de la conservation du lait, du bouillon, de l'eau par l'obturateur.

Enfin la stérilisation des instruments et des objets de pansements par la chaleur sèche au moyen du stérilisateur chirurgical et une étude personnelle de l'auteur forment un chapitre intéressant, à côté duquel se place la stérilisation par l'aldéhyde formique.

En résumé, conseils pratiques et procédés qui méritent d'être écoutés et d'être expérimentés.

F. Verchère.

REVUE DE LA PRESSE

Note sur le traitement de la coqueluche et en particulier sur l'emploi du bromoforme (*Rev. des mal. de l'enfance*, avril 1896). — Le Dr Marfan, qui a employé le bromoforme dans une quarantaine de cas, estime qu'il est supérieur à l'antipyrine et à la belladone pour diminuer le nombre et l'intensité des quintes de coqueluche.

La formule qu'il emploie est la suivante :

Bromoforme	48 gouttes
Huile d'amandes douces	20 grammes
Gomme adragante	2 —
Gomme arabique	4 —
Eau de laurier-cerise	4 —
Eau q. s. pour faire	120 cc.

Mélanger d'abord le bromoforme et l'huile et agiter fortement, puis ajouter le reste.

Une cuillerée à café renferme deux gouttes de bromoforme. Au-dessous de 5 ans, il prescrit au début autant de fois 4 gouttes par jour que l'enfant a d'années. De 5 à 10 ans, la dose quotidienne est de 20 gouttes. Mais ce sont là des doses initiales; on doit les augmenter progressivement de 2 à 4 gouttes par jour, jusqu'à les doubler; on peut même aller plus loin en surveillant le malade. Au dessous de 6 mois, il donne de 2 à 3 gouttes; de 6 mois à 1 an, de 3 à 4 gouttes.

Dans tous les cas, la dose quotidienne doit être donnée en trois prises.

« Sous l'influence de cette médication, on observe en général les modifications suivantes : les deux ou trois premiers jours, il arrive fréquemment qu'il semble se produire une aggravation; les quintes paraissent plus violentes et sont plus nombreuses. Mais à partir du 3e ou 4e jour, une détente manifeste survient; le nombre des quintes diminue et leur violence s'atténue beaucoup. Les vomissements disparaissent, l'appétit revient; l'enfant atteint la fin de la période spasmodique sans aucun incident ....

« Pour réussir, il ne faut pas craindre d'augmenter les doses jusqu'à ce que les quintes diminuent de nombre et d'intensité. »

Il faut suspendre l'usage du médicament dès que l'enfant présente une somnolence un peu trop accentuée.

Les succès sont d'autant plus nets que la médication est employée plus près du début, mais le remède n'est pas infaillible.

Dr Eug. Deschamps.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 juillet 1896. — Présidence de M. A. Cornu

Effets thérapeutiques des courants à haute fréquence. — M. d'Arsonval. Les courants à haute fréquence agissent puissamment pour augmenter l'intensité des combustions organiques, ainsi que je l'ai démontré précédemment. J'ai pensé, dès lors, que cette modalité particulière de l'énergie électrique donnerait de bons effets dans cette classe particulière de maladies, si bien étudiées par mon savant confrère et ami, le professeur Bouchard, sous le nom de *maladies par ralentissement de la nutrition*. Certaines formes du diabète sucré, la goutte, le rhumatisme, l'obésité, etc., sont dans ce cas.

J'ai donc institué, depuis le commencement de cette année, une série de recherches cliniques sur ce sujet. Les expériences ont lieu à l'Hôtel-Dieu, dans le service dirigé par mon assistant, le docteur Charrin, et sous son contrôle, au point de vue médical. Les résultats obtenus jusqu'ici ont si complètement répondu à mon attente que je crois devoir en signaler quelques-uns dès maintenant.

Voici dans quel esprit sont instituées ces recherches et quelle a été la marche suivie : je rejette complètement tous les résultats mettant en jeu l'appréciation du malade, pour tenir compte, exclusivement, des modifications physico-chimiques ou cliniques exactement et objectivement mesurables. J'élimine ainsi complètement les améliorations subjectives qui pourraient être attribuables à la suggestion. Cette cause, qu'invoquent trop légèrement certains médecins pour expliquer des cures indéniables dues à l'électricité, n'a aucune part dans les faits que je vais signaler. D'ailleurs, les résultats positifs, obtenus précédemment chez les animaux et que nous allons retrouver chez nos malades, écartent *a priori* cette objection.

Les observations ci-dessous se rapportent à deux diabétiques et un obèse.

Les variations de la température ont été prises deux fois par jour, de même que la pression artérielle, qui a été mesurée à l'aide du sphygmomanomètre de notre confrère, le professeur Potain.

L'analyse des urines a été faite par M. Guillemonat, interne du service, qui a procédé de la façon suivante : chaque jour, sur l'urine émise dans les vingt-quatre heures, on prélève un cinquième, par exemple, du volume total. Tous les cinq jours, on fait une analyse. Par ce procédé, on a une moyenne qui élimine les causes d'erreur dues aux oscillations journalières de la diurèse. Les précautions sont prises naturellement pour mettre ces urines à l'abri de la décomposition.

Le coefficient urotoxique de ces urines, coefficient dont on connaît aujourd'hui toute l'importance, grâce aux travaux de M. Bouchard, a été pris dans son laboratoire même par M. Charrin.

Enfin l'application du courant a été faite avec grands soins, sur mes indications, par M. Bonniot, externe du service, un de mes auditeurs et élève des docteurs Tripier et Apostoli. Toutes les précautions, en un mot, ont été prises pour donner à ces observations le caractère de précision qui doit en assurer la valeur.

L'analyse des gaz de la respiration ainsi que la radiation calorimétrique des sujets seront prises également sous peu.

Deux mots maintenant du dispositif instrumental permettant la production des courants à haute fréquence au lit du malade. Je ne pouvais songer à employer l'appareil si commode décrit dans ma précédente communication, puisque l'Hôtel-Dieu n'est pas relié au secteur électrique. Pour charger périodiquement le condensateur, j'ai dû avoir

recours à la bobine Ruhmkorff, actionnée par des accumulateurs. Le tremblement classique de cet appareil présente un gros inconvénient.

Sous l'influence du courant énergique qui le traverse, le marteau se soude assez rapidement à l'enclume, et cette fermeture en court circuit amène rapidement la détérioration de la bobine et des accumulateurs, si une surveillance de tous les instants ne vient parer à cet accident. Pour l'éviter, j'ai fait établir par M. Gaiffe la modification suivante :

L'enclume, au lieu d'être fixe, tourne d'un mouvement de rotation continu, grâce à un petit moteur électrique animé par une dérivation du courant provenant des accumulateurs. Si le collage se produit, il ne peut se maintenir, et l'interrupteur fonctionne ainsi sans surveillance. La bobine charge les condensateurs plans, reliés en cascade, que contient la boîte plate située à côté de la bobine ; le courant de haute fréquence est capté, comme d'habitude, aux extrémités du solénoïde. Son intensité est réglée en prenant un plus ou moins grand nombre de spires et on la mesure en intercalant dans le circuit le galvanomètre construit pour mesurer les courants de haute fréquence. C'est un galvanomètre thermique, composé d'un fil fin dont l'échauffement se traduit par des variations de longueur qu'indique une aiguille mobile sur un cadran, divisé expérimentalement en milliampères d'un côté, en volts de l'autre.

Cet appareil permet de faire passer à travers l'organisme des courants dont l'intensité dépasse 500 milliampères.

J'ai indiqué déjà trois procédés principaux pour l'électrisation par les courants à haute fréquence : le premier consiste à amener à la partie du corps qu'on veut électriser le courant émanant du solénoïde, à l'aide de conducteurs terminés par des électrodes appropriées ; le second consiste à plonger le malade dans un solénoïde ne le touchant pas, mais qui induit dans son corps des courants de même fréquence : c'est la méthode de l'autoconduction ou faradisation induite ; dans le troisième, le malade constitue une des armatures d'un condensateur chargé statiquement par le solénoïde, ainsi que le représente la figure ci-jointe.

Dans les observations ci-dessous, c'est le premier procédé qui a été employé. Le courant émanant du solénoïde traverse le corps entier, des pieds aux mains. Un des pôles du solénoïde est en rapport avec l'eau d'un pédiluve où le malade plonge ses deux pieds ; le second pôle est relié aux deux mains par un conducteur bifurqué terminé par des poignées métalliques. Dans ces conditions, le courant est généralisé et son intensite a varié entre 350 et 450 milliampères ; la durée des séances faites quotidiennement, d'abord de dix minutes, a été abaissée successivement à cinq et à trois minutes, suivant l'impressionnabilité des sujets. Ce courant, je le répète, n'exerce aucune action consciente, soit sur la sensibilité, soit sur la motricité, ce qui fait que les malades se soumettent sans répugnance à son action. Je résume à présent rapidement les observations :

Observation I. — Homme de 33 ans, maçon, atteint de diabète grave depuis quatre ans, et mis en observation pendant une quinzaine sans aucun traitement.

Dans ces conditions, il rendait une moyenne de 11 lit. 300 d'urine en vingt-quatre heures, contenant 54 grammes de sucre par litre, soit 620 grammes de sucre par jour. La pression artérielle était de 15 centimètres de mercure seulement ; le pouls à 72 et la température au-dessous de la normale. La toxicité des urines était presque nulle : 250 grammes injectés à un lapin le rendaient à peine malade.

On applique la haute fréquence par séances quotidiennes de dix minutes. Dès les premiers jours, disparition des douleurs dans les membres, sommeil meilleur non interrompu par la soif ou le besoin d'uriner, plus de cauchemars, clarté plus grande de la vue, retour de la mémoire et lucidité d'esprit rendant la lecture possible. Voilà pour les phénomènes subjectifs. Quand aux phénomènes objectifs : disparition d'un œdème malléolaire remontant jusqu'à mi-jambe, rétrocession d'un certain degré d'ascite et réveil de la sensibilité aux jambes, qui avait complètement disparu.

Pendant le premier septénaire, peu de modifications du côté de l'urine et de la production de sucre à l'exception de la diurèse, qui se régularise et ne présente plus de sauts brusques, passant de 7 litres à 13 litres dans les vingt-quatre heures.

Dans le second septénaire, tout se modifie rapidement et, après quarante-deux jours de traitement, on constatait les faits suivants : moyenne de la quantité d'urine des vingt-quatre heures, 7 lit. ; sucre rendu, en vingt-quatre heures, 180 gr. ; pression artérielle atteignant 25 cm. le vingtième jour, pouls à 104, température s'élevant jusqu'à 38° et se fixant enfin a 37°. Toxicité de l'urine considérablement accrue. Après un mois, 64 gr. tuent 1 kilog d'animal. Enfin, oscillations du poids, qui tombe d'abord de 57 kilog. 500 à 51 kilog. pour remonter graduellement à 56 kilog.

Observation II. — Femme de 59 ans, diabétique grasse, présence du sucre constatée, il y a deux mois pour la première fois, à la Pitié ; soignée à plusieurs reprises pour albuminurie. Actuellement, ni albumine, ni néphrite. Rend 3 lit., 300 d'urine en vingt-quatre heures, contenant 43 gr. de sucre par litre, soit 137 gr. par jour. Polyphagie, polydypsie, faiblesse générale, courbature et douleurs des membres. Pression artérielle très élevée, de 27 cm. à 30 cm. de mercure ; pouls lent à 64 par minute ; température un peu au-dessus de la normale : oscille de 37°, 3 à 37°, 5. Toxicité des urines : 107 par kilogramme.

Séances d'électrisation de dix minutes, bien supportées mais laissant après un grand sentiment de lassitude. Après quinze jours de traitement, pas de variations dans la quantité d'urine éliminée en vingt-quatre heures, mais le sucre a baissé de moitié, 24 gr. par litre au lieu de 43 gr. La pression artérielle descend à 25 cm. de mercure, le pouls monte à 76 ou 80, température peu influencée. Toxicité des urines monte à 87 par kilogramme. Malgré la diminution du sucre, le bien-être ressenti n'est pas aussi grand que chez le malade précédent. On suspend le traitement pendant quelques jours et on le reprend ensuite avec des séances abaissées successivement comme durée de dix minutes à trois minutes. Le bien-être ressenti est beaucoup plus grand, la malade se sent reposée, dort bien, n'a plus de courbature et le chiffre du sucre tombe à 38 gr. par vingt-quatre heures.

Ce cas prouve de quelle importance est la technique en pareille matière. Quel doit être le nombre et la durée des séances ? Doit-on les espacer, les suspendre ? Autant de questions que l'expérience seule pourra trancher.

Observation III. — Il s'agit d'un obèse âgé de 36 ans, cocher, pesant 130 kilogrammes et présentant une arythmie

cardiaque très marquée. Séances de dix minutes quotidiennes. Mieux pendant quelques jours. Le chiffre de l'urée excrétée s'élève de 33 gr. 72 à 41 gr. 63 en vingt-quatre heures. La pression monte de 18 à 20 centimètres de mercure et le pouls passe de 72 à 108. Au bout de quinze jours, le malade avoue avoir des accès de dyspnée qu'il cachait ayant grande confiance dans ce traitement et ne voulant pas le suspendre ; le taux de l'urée baisse et tombe à 24 grammes par jour.

On suspend les séances pendant une quinzaine et on les reprend avec une durée moindre : trois minutes au lieu de dix. Au bout de quelques jours, les mêmes phénomènes de dyspnée, d'abaissement du taux de l'urée et de la pression sanguine se montre. On cesse le traitement. Quant à la toxicité des urines, elle a peu varié : 84 au début, 87 à la fin du premier essai.

Cette observation montre que la haute fréquence agit, comme toujours, puissamment sur la circulation, qu'il existe des contre-indications et qu'enfin la suggestion ne suffit pas pour expliquer les bons effets de l'électricité, puisque ce malade, qui n'a pas bénéficié du traitement avait la foi, contrairement aux précédents qui furent tout étonnés de se trouver mieux.

Si cette voie nouvelle ouverte à la thérapeutique est pleine de promesses, je dois prévenir les médecins que tout est à faire au point de vue clinique. J'ai montré expérimentalement que la haute fréquence est un puissant modificateur de l'organisme ; là se borne, pour le moment, mon rôle de physiologiste.

J'ajouterai un mot au point de vue théorique. Pourquoi ces courants, dont l'action est si puissante, n'impressionnent-ils pas la sensibilité ? Les physiciens disent que la cause en est à leur localisation superficielle. J'ai montré, par des preuves surabondantes, d'ordre physiologique, que ces courants pénètrent profondément, au contraire, dans l'organisme pour impressionner notamment les centres vaso-moteurs. Les physiciens n'ont pas réfléchi que leur explication s'applique seulement aux corps bons conducteurs, comme les métaux. Dans le cas où le conducteur considéré a seulement la conductibilité du corps humain (inférieure à celle de l'eau salée à 1 pour 100), ces mêmes formules montrent que la répartition du courant doit être sensiblement uniforme dans l'organisme. Il est facile de le vérifier d'ailleurs, comme je l'ai fait avec un cylindre de verre plein d'eau salée, dont les dimensions étaient de 70 cm. de longueur sur 25 cm. de diamètre. La densité du courant, recueilli suivant l'axe ou près de la paroi, ne varie pas d'un centième de sa valeur.

La véritable explication de l'innocuité des courants à haute fréquence est donc bien d'ordre physiologique, conformément à ce que j'ai dit dès le début.

Recherches expérimentales sur les effets des injections intraveineuses massives des solutions salines simples et composées. (Détermination de leur valeur en vue de leur application à la thérapeutique, — MM. Bosc et Vedel. Nous avons entrepris l'étude expérimentale des *injections intraveineuses massives* de solutions salées. Il ne s'agit pas du *lavage du sang*, tel que l'entendent MM. Dastre et Loye, mais de l'introduction dans les veines, en un coup, d'une grande quantité de liquide.

Nous avons expérimenté des solutions de chlorure de sodium seul et des solutions de chlorure de sodium et de sulfate de soude, désignées ordinairement sous le nom de *sérum artificiel*, *solution physiologique*. Pour éviter toute équivoque, nous désignons sous le nom de *solution salée simple* la solution de chlorure de sodium seul, et sous celui de *solution saline composée* la solution de chlorure de sodium, sulfate de soude et autres sels.

Avant d'étudier les effets de ces solutions, nous avons recherché si le *véhicule*, eau distillée ou eau ordinaire, introduit avec une telle abondance dans le sang, n'a pas des effets qui lui soient propres.

L'eau distillée, introduite dans les veines, est nuisible même à des doses faibles ; il serait par suite très dangereux de l'injecter seule dans les veines de l'homme malade ; elle doit être rejetée d'une façon générale en tant que véhicule de toutes substances à introduire directement dans le sang.

L'eau ordinaire pourrait, à la rigueur, être introduite seule et à haute dose dans les vaisseaux.

La valeur physiologique de la solution saline composée n'est pas supérieure à celle de la solution salée simple ; à par suite, la solution salée simple à 7 pour 1000 de chlorure de sodium est suffisante et paraît la plus convenable pour les injections intraveineuses.

Sur un parasite accidentel de l'homme appartenant à l'ordre des Thysanoures. — MM. Frêche et L. Beille. Ce parasite a été observé dans les circonstances suivantes :

M. X... âgé de 70 ans, habite dans la Charente-Inférieure une maison confortable et isolée en rase campagne ; il est très soigneux de sa personne.

En août 1891 il fit un voyage aux Sables-d'Olonne, à la Rochelle et à l'île d'Oléron et ne remarqua rien d'anormal. Mais quinze jours après son retour il sentit de vives démangeaisons dans le cuir chevelu et y trouva de nombreux parasites qu'il prit pour des poux. Un traitement mercuriel parut efficace. A l'entrée de l'hiver les parasites disparurent et M. X., n'en trouvant plus, se crut définitivement débarrassé. Mais au printemps de 1892 de nouveaux parasites reparurent et persistèrent jusqu'en novembre. En 1893 nouvelle éclosion au printemps et disparition à l'entrée de l'hiver. Les mêmes faits se sont renouvelés en 1894, 1895, 1896, et cela malgré tous les soins de propreté et la désinfection de tous les objets mobiliers. Les parasites semblent même devenir de plus en plus abondants : à l'origine M. X. n'en trouvait que dans ses cheveux qu'il porte habituellement fort longs, mais depuis 1894 ils circulent sur le cou, le tronc et les membres qui sont absolument glabres.

Ce parasite ne détermine aucune lésion de la peau ; le cuir chevelu, sur lequel il est si abondant, n'offre aucune altération pathologique ; il est simplement gênant et désagréable par ses mouvements. Il paraît appartenir au genre *Seira* et avoisine la *Seira domestica*, mais sans lui être identique ; on ne peut le rapporter à aucune des espèces décrites par Lubbock dans sa monographie classique.

Particularité curieuse : seul dans son entourage M. X. est atteint ; ses domestiques sont à peu près complètement épargnés.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 juillet. — Présidence de M. D'Heilly

L'hyperplasie compensatrice dans la cirrhose a cooligique hypertrophique. M. Hanot. — Dans un mémoire sur

la cirrhose alcoolique hypertrophique lu à la Société dans la séance du 28 mai 1890, M. Gilbert et moi avons décrit une cirrhose alcoolique caractérisée par l'hypertrophie du foie et une marche lente et bénigne de la maladie. Nous n'avions pas donné une explication ferme de ces exceptions du syndrome de la cirrhose alcoolique ordinaire. Toutefois nous avions déjà fait remarquer que l'augmentation de volume du foie est le résultat d'un processus complexe : au parenchyme normal s'ajoute un tissu anormal composé d'anneaux fibreux, d'un autre côté les travées hépatiques peuvent s'hypertrophier par places et tendre à l'orientation concentrique que l'on observe dans l'hépatite nodulaire.

Depuis 1890 j'ai observé dans mon service plusieurs cas de cirrhose alcoolique hypertrophique : un seul se termina par la mort due à une otite suppurée intercurrente compliquée de méningite. A l'autopsie j'ai rencontré, en dehors des lésions indiquant une sclérose annulaire et péri-veineuse, un grand nombre de lobules composés de trabécules irrégulières à cellules hépatiques modifiées. On constate un processus de régénération de tissu hépatique et je pense que l'on peut y trouver la clef de la phénoménologie exceptionnelle signalée plus haut.

Dans toute cirrhose, on note sur les coupes des aires d'étendue variable de tissu nodulaire que l'on peut considérer, d'une façon générale, comme la forme affectée par le tissu régénéré compensateur. La régénération du foie se fait tantôt par hyperplasie régulière, tantôt par hyperplasie irrégulière.

Par hyperplasie régulière, j'entends la production de lobules composés de cellules hépatiques ordinaires et de trabécules présentant l'ordination radiée normale, comme dans les expériences physiologiques d'ablation du foie ; par hyperplasie irrégulière, la formation de lobules composés de cellules modifiées et de trabécules présentant une direction plus ou moins flexueuse, comme on en trouve dans les cirrhoses, et le tissu qui se régénère autour des kystes hydatiques.

Dans les deux cas dont il s'agit ici, l'hyperplasie est encore irrégulière et elle a pris un tel développement qu'elle explique l'hypertrophie du foie. D'autre part, l'évolution morbide semble indiquer que dans la cirrhose hypertrophique alcoolique l'hyperplasie réactionnelle concomitante, irrégulière au point de vue anatomo-pathologique, peut être considérée, au point de vue clinique, comme suffisamment compensatrice.

Hypothermie due à une hépatite toxique. — M. Claude rapporte l'observation d'un malade du service de M. E. Gaucher, qui entra à l'hôpital avec une hypothermie assez prononcée (35°) ; le malade présentait une teinte ictérique, un foie débordant les côtes de deux travers de doigt, avec urines contenant de l'urobiline et de l'albumine ; il avait en outre tous les symptômes de l'ictère grave. Quelques jours après, la température s'est élevée brusquement à 39° et le malade toussa. Le sang ne renfermait pas de micro-organismes. Etant donné que ce malade avait travaillé pendant plusieurs mois dans une usine où il manipulait des acides, on doit penser qu'il est atteint d'une hypothermie consécutive à une intoxication minérale de son foie.

Phlébite fibro-adhésive des sinus craniens chez un enfant hydrocéphale. — M. Marfan communique l'observation d'un enfant bien portant jusqu'au deuxième mois; à partir du moment où a commencé l'allaitement artificiel, l'enfant fut pris de diarrhée verte très abondante; quelques jours après des convulsions apparurent et le crâne augmentait de plus en plus. Le jour de son entrée, l'enfant présentait un crâne hydrocéphalique caractéristique à périmètre de 55° au lieu de 46° avec amaurose double et microphtalmie droite. L'enfant succomba quelque temps après à la suite d'une varicelle avec broncho-pneumonie. A l'autopsie on trouva 1,100 gr. de liquide et l'existence d'une phlébite fibro-adhésive du pressoir d'Hérophile, des sinus latéraux et du sinus caverneux droit ; en plus des lésions assez étendues de l'intestin et des poumons.

De cette observation trois points doivent être mis en relief : 1° I a phlébite fibro-adhésive des sinus est extrêmement rare; 2° la gêne circulatoire aboutit à la production de l'hydrocéphalie. Beaucoup d'auteurs n'insistent pas sur cette origine d'hydrocéphalie par oblitération veineuse. M. Barié a pourtant rapporté plusieurs cas ; 3° l'origine possible de cette phlébite doit être la septicémie provenant du tube digestif. On trouve plusieurs cas de lésions des méninges et de l'encéphale au cours des gastro-entérites.

Radiographie des arthrites déformantes blennorrhagiques. — M. Achard présente des photographies par les rayons X des arthrites blennorrhagiques; on constate des déformations considérables des deux pieds; en plus au niveau du 1er métatarsien une végétation ostéo-phytique qui cause au malade une douleur atroce. Ce moyen d'exploration montre que dans les arthrites blennorrhagiques il y a non seulement des altérations articulaires mais aussi des altérations des os et du périoste.

Toxicité de l'acide borique. — M. Catrin. — J'ai observé dernièrement un malade qui a eu des accidents d'intoxication notables à la suite de lavements à l'eau boriquée. J'ai fait des expériences sur quatre cobayes, auxquelles j'ai fait ingérer de l'acide borique, qui ont succombé plus ou moins vite selon la quantité d'acide borique ; j'avoue que j'hésiterai dorénavant à faire administrer des lavements de un litre d'eau boriquée, c'est-à-dire 40 grammes d'acide borique.

M. Marfan. — Quelques praticiens ont traité l'épilepsie par le borate de soude et ont été obligés d'arrêter le traitement parce qu'il provoquait des phénomènes d'intoxication; j'ai traité, il y a quelque temps, des tuberculeux par l'ingestion d'acide borique, préconisé par M. Gaucher; plusieurs fois j'ai dû arrêter le traitement à cause des accidents toxiques très sérieux.

Pepsinurie et pepsinurie pathologique. — M. Robin lit un travail sur ce sujet.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 9 juillet 1896. — Présidence de M. E. Besnier

Sur la nature de la dermatose herpétiforme. — MM. Gaucher et Claude. — Une femme de 40 ans fut atteinte, à la suite de grands chagrins, d'une éruption papuleuse, puis bulleuse, qui bientôt prit tous les caractères d'un pemphigus prurigineux (Dermatite de Duhring). La maladie resta plus de 2 mois limitée au corps en respectant la face et subit pendant cettepériode 2 recrudescences.

Puis des bulles se montrèrent dans la bouche, sur les amygdales et le pharynx, sur la face et à l'angle des yeux. Cette poussée prit fin et la malade quitta l'hôpital vers la fin de mai, très améliorée ; elle fut revue dans le mois de juin et il n'existait plus que quelques éléments bulleux, rares et de petite taille. A la fin de juin la dermatose était momentanément guérie.

L'examen bactériologique du sang, l'examen du liquide des bulles, les inoculations aux animaux n'ont donné aucun résultat positif. On est autorisé à éliminer les agents infectieux.

L'analyse des urines a montré que l'urée et les matières azotées étaient éliminées en quantité normale.

On peut écarter l'hypothèse d'autre intoxication.

On est alors conduit à admettre que l'origine de la maladie doit être recherchée dans un trouble dynamique du système nerveux.

L'état névropathique de la malade, les commémoratifs viennent corroborer cette opinion.

Glossite syphilitique développée malgré le traitement par les injections de calomel. — M. Georges Brouardel présente un malade qui a eu un chancre induré au commencement de février 1896; il a été immédiatement traité par 8 injections de 0 gr. 05 de calomel ; une injection par semaine. Un mois après la dernière se développe une glossite dépapillante.

Contagion hospitalière de la syphilis. — M. Georges Brouardel présente un malade qui a été soigné dans le service de M. le professeur Fournier du début du mois de mars 1896 au 10 mai pour un eczéma des bras ; il était en même temps très emphysémateux. Il revient le 4 juillet présentant 2 chancres indurés sur la face externe du bras gauche et une roséole généralisée. La contagion a donc eu lieu pendant son séjour à l'hôpital. Une enquête minutieuse a été faite sans aboutir à un résultat précis. Le caoutchouc qu'on lui appliquait sur les bras ne peut être incriminé, car il ne servait qu'à lui. On ne peut faire que des hypothèses : la capote qu'on lui a donnée avait-elle été suffisamment désinfectée, ou doit-on penser qu'il a pris la syphilis de son voisin alors en traitement ou de son prédécesseur dans le lit qu'il occupait, par un frottement sur les barreaux du lit ou sur la table de nuit (la literie avait été changée, bien entendu).

Un cas de laryngite tertiaire grave, traité par les injections de calomel. — M Mendel. Il s'agit d'un homme de 30 ans, syphilitique depuis dix ans, qui fut pris en avril dernier d'une laryngite tertiaire dont l'évolution peut se diviser en trois phases successives : Apparition d'un œdème aigu aryténo-épiglottique ; périchondrite de la lame droite du cartilage thyroïde ; périchondrite de la lame gauche du même cartilage.

L'évolution complète de cette affection dura deux mois : elle fut marquée par du gonflement de la partie affectée, une forte dyspnée et de la dysphagie.

La première phase de l'affection guérit en quelques jours au moyen de scarifications locales.

On remarquait quelques jours après sur la partie latérale du cou, à droite ou à gauche suivant la lame thyroïdienne atteinte, la présence d'une tumeur grosse comme un abricot, tumeur rénitente, douloureuse, faisant corps avec le larynx.

Le miroir laryngoscopique montrait seulement un gonflement œdémateux considérable surmontant la lame correspondante du thyroïde et comprimant l'épiglotte.

L'affection se termina simplement par la résorption de cette vaste infiltration gourmeuse : on ne constate aujourd'hui qu'un peu d'épaississement du squelette laryngien : le malade n'accuse plus aucune gêne.

Le traitement employé ici, comme dans deux autres cas de laryngite tertiaire, déjà présentés par l'auteur, consiste en injections de calomel de cinq centigrammes : le malade en reçut sept dans l'espace de deux mois.

L'iodure de potassium, qu'on administre au malade à la dose de six grammes par jour pendant deux jours, augmenta en quelques heures l'infiltration locale et mit le malade en danger d'asphyxie.

D'où cette conclusion que l'iodure de potassium est dans la laryngite tertiaire au début un médicament dangereux qu'on ne doit employer que rarement et avec circonspection.

Cas de lèpre mixte, autochtone, chez un Breton. MM. Long et Valency. — Nous présentons un malade entré le 7 juin dernier dans le service de notre maître, M. Dreyfus Brissac, à Lariboisière. C'est un homme originaire de Gràces, près de Guingamp (Côtes-du-Nord). Il n'a jamais quitté la Bretagne. Il a successivement habité : Pedarnec, (canton de Guingamp) jusqu'à 21 ans, Rennes de 21 à 22 ans Kouadour de 22 à 26 ans, Pont-l'Abbé (Finistère) de 26 à 28 ans, Belle-Isle en terre de 28 à 29 ; puis il vient à Paris qu'il habite depuis deux ans. Il ne connaît pas dans sa famille ni dans son entourage de personne atteinte de la même affection que lui ou ayant habité les colonies.

A l'âge de 8 ans sont apparues sur son thorax des macules dont on voit encore les traces. Ces macules, d'abord rouges sont devenues brunes et présentent un centre décoloré. Elles sont complètement anesthésiques. De 8 ans à 29 ans 1/2 le malade jouit d'une santé parfaite. Il fait un an de service dans l'artillerie de terre à Rennes sans que les médecins militaires aient remarqué rien d anormal.

La poussée actuelle date de 18 mois. Au front les lésions se sont étendues de haut en bas. Actuellement, outre l'aspect léontiasique du visage, on trouve sur la face, le tronc et les membres, des tubercules lisses, rénitents, roses sur les bords, décolorés au centre, des nodules sous-cutanés, des tubercules ulcérés et excoriés, des macules plus ou moins larges. On constate une infiltration de la voûte palatine, du voile du palais avec rétraction de la luette, de la laryngite et de la rhinite avec hyperplasie des muqueuses. On note les troubles trophoneurotiques suivants : la main gauche est en griffe cubitale par atrophie des muscles thénar, hypothénar et interosseux ; les trois derniers doigts de la main droite commencent à se rétracter ; les troisièmes phalanges des doigts sont amincies. Aux orteils les ongles sont minces, lisses et cassants ; l'épiderme est aminci et se recroqueville par places.

Les troubles de la sensibilité portent sur les trois modalités tactiles, douloureuse et thermique, et, par leur distribution, présentent le type de névrite périphérique.

L'examen bactériologique a été fait avec le produit de râclage d'un tubercule ulcéré et avec un nodule sous-cutané. La première préparation a donné très peu de bacilles de Hansen, la deuxième en a donné une quantité plus grande.

Nous pensons qu'il s'agit ici d'une lèpre mixte, *antoch-*

tone, qui a évolué en deux temps séparés par une période d'accalmie de 22 ans.

M. Feulard présente un cas probable de xérodermie pigmentaire chez un hémoglobinurique.

M. Danlos montre une femme atteinte d'ulcération uberculeuse de la lèvre inférieure prise longtemps pour un accident syphilitique.

M. Barbe présente un galvano-cautère dont l'extrémité est une pointe et non une anse galvanique, ce qui permet de pénétrer dans les couches les plus profondes du derme, point important dans le traitement du lupus et de l'épithélioma.

M. Brault a renoncé au traitement du psoriasis par les injections mercurielles à cause des récidives de la maladie.

Mycosis fongoïde avec localisation initiale, éruption polymorphe et végétations axillaires et inguinales. — MM. Hallopeau et G. Bureau. La maladie a été pendant trois ans limitée à la partie supéro-interne de la cuisse droite : ce fait donne l'idée, comme dans plusieurs cas publiés par l'un des auteurs, d'une porte d'entrée analogue à celle de la syphilis et de la lèpre. Comme il est de règle, il n'y a pas de prurigo, malgré un prurit intense et des grattages frénétiques. L'éruption est remarquablement polymorphe ; elle devient végétante dans les régions inguinales et axillaires : ces régions sont un lieu d'élection pour la plupart des dermatoses végétantes ; c'est là qu'on les voit surtout se produire dans la dermatite perpétiforme et la maladie de Darier : sans doute le corps papillaire présente dans ces parties une prédisposition à réagir sous une autre forme.

Sur un cas typique du lichen scrofulosorum, sa nature et ses relations avec l'acné séborrhéique par MM. H. Hallopeau et G. Bureau. — L'examen histologique y dénote la présence de cellules géantes : une inoculation permettra de décider si cette dermatose est liée à une prolifération de bacilles dans les glandes sébacées de l'enfant ou à un mode de réaction tout particulier des organes sous l'influence de toxines de même origine. Cette dernière interprétation paraît la plus vraisemblable, en raison de la facilité avec laquelle guérit cette éruption, sans laisser trace de destruction du tissu, des résultats négatifs qu'a donnés à beaucoup d'auteurs la recherche du bacille trouvé une fois par Jacobi, et de ce fait que Schweninger et Buzi ont vu la tuberculine donner lieu à une éruption semblable ; ce dernier fait a une signification décisive : il prouve que les toxines tuberculeuses suffisent à produire cette dermatose ; il vient s'ajouter aux observations de l'un des auteurs pour permettre d'affirmer qu'elle est de nature tuberculeuse ; les saillies des comédons rappellent celles de l'acné cornée ; une grande plaque interscapulaire offre une remarquable ressemblance avec celles de l'eczéma séborrhéique ; ce fait établit que des maladies de nature très différentes peuvent prendre l'aspect typique des manifestations interscapulaires de l'eczéma séborrhéique ; on est conduit ainsi à démembrer la dermatose d'Unna, à y distinguer les manifestations glandulaires du psoriasis, de l'eczéma, du pityriasis rubrapilaire, et du lichen scrofulosorum.

M. Fournier présente un malade atteint de myélite syphilitique précoce. A propos de ce malade, M. Abadie fait remarquer que dans un cas de syphilis médullaire, il a obtenu d'excellents résultats avec les injections mercurielles solubles et mieux encore avec les injections intra-veineuses.

M. Du Castel montre un malade traité pour une myélite syphilitique par le vieux traitement, les frictions mercurielles et l'iodure, qui est tout à fait guéri.

D[r] Barbe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 juillet — P. de M. Ladreit de Lacharrière

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal :

M. Julien. — Dans la dernière séance on a jugé bien sévèrement l'influence maritime sur les tuberculoses locales. Ayant eu l'occasion de me rendre à Berck j'ai pu vérifier les objections qu'avait immédiatement formulées M. Dubuc.

D'une longue conversation que j'ai eue avec mon ami D[r] Mesnard, chirurgien de l'hôpital maritime, il ressort que l'on voit guérir avec une extrême facilité à Berck la plupart des lésions tuberculeuses des os et des ganglions, qu'elles soient encore en voie de développement, ou qu'elles soient ulcérées et fistuleuses.

Ces guérisons persistent à Berck, et sont éphémères si le sujet revient dans les grands centres. Je ne parle pas seulement des enfants pauvres, mais des tuberculeux s'étant trouvés jusqu'alors dans les meilleures conditions de richesse et d'abondance.

Vraiment, je ne sais pas s'il existe un point du globe où les sujets atteints de tuberculoses locales, particulièrement les enfants, soient aussi promptement et aussi profondément transformés que dans cette admirable ville de salut, et il eût été fâcheux que la condamnation relative prononcée par M. Milliée fût restée sans protestation.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux périodiques. — Le Centre médical. — Tablettes mensuelles de la Société royale de médecine publique de Belgique (mai 1896).

Correspondance manuscrite. — Lettre de la Société de médecine de Copenhague remerciant la Société de l'envoi du Livre. — Lettre de M. Bianchi (de Parme) remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant étranger. — Lettre de M. Marquez remerciant de l'envoi du Livre. — Lettres de M. le D[r] Labbé, et de M. le D[r] Joffroy remerciant la Société de l'envoi du Livre. — Lettre de M. le général Tournier accusant réception du Livre et présentant à la Société les remerciements de M. le Président de la République.

M. le secrétaire général annonce à la Société que les procès-verbaux des séances de juin ont paru dans le journal *la Liberté* du 9 juillet 1896.

Rapport sur la candidature de M. le D[r] Picqué, à titre de membre titulaire. — M. Dubuc. J'ai l'honneur de vous donner lecture, au nom d'une Commission où MM. Guépin et Jullien taisaient partie en même temps que moi, de mon rapport sur un travail qui nous a été communiqué dans la dernière séance, par M. le D[r] Picqué, chirurgien des hôpitaux, et qui a pour titre : Tuberculose rénale, néphrotomie et néphrectomie secondaire, guérison.

Il s'agit d'une femme de 26 ans, atteinte de tumeur

flanc gauche avec accidents fébriles sans aucun antécédent héréditaire. Rien du côté de la plèvre ni des poumons. Réglée à l'âge de 14 ans ; menstruation irrégulière ; leucorrhée depuis l'âge de 16 ans. Vers la même époque, apparition de douleurs lombaires ayant persisté depuis sans prédominance d'un côté ni de l'autre. Mariée à 18 ans; pas d'enfants. Au mois de janvier 1889, apparition de troubles de la miction, survenant à intervalles irréguliers, consistant en une douleur qui débutait avec la miction et persistait jusqu'à la fin. La malade affirme qu'à cette époque, l'aspect de l'urine n'était pas modifié. Au bout de trois semaines, diminution de la douleur, mais un léger état fébrile se montre, qui a persisté depuis; un léger amaigrissement est noté dès cette époque. En juin 1889, les douleurs vésicales réapparaissent, plus accusées et accompagnées d'hématuries ; puis les urines deviennent purulentes; lavages vésicaux avec la solution boriquée, et ensuite avec le nitrate d'argent. Au bout de quatre mois, les hématuries et la pyurie disparaissent. L'état général s'améliore d'une façon notable.

En 1891, les douleurs lombaires reparaissent avec prédominance à gauche. En mai 1893, elles deviennent très vives du côté gauche avec irradiations dans la direction de l'uretère correspondant ; la pression et les mouvements les réveillent. A la fin de juillet, elles sont encore plus accusées et obligent la malade à s'aliter fréquemment ; il y a, en outre, une fièvre intense. L'amaigrissement s'accentue ; on n'observe plus ni hématurie, ni pyurie.

La malade entre à l'hôpital Broca dans le service de M. Pozzi, suppléé par M. Picqué.

On constate un amaigrissement considérable, une teinte cachectique prononcée ; la température oscille autour de 39°. Rien d'anormal du côté des poumons.

A l'inspection, le flanc gauche est augmenté de volume ; la peau est tendue sans circulation collatérale apparente ; on constate de l'œdème à la pression des doigts. Avec la main, on reconnaît une tumeur arrondie, sans limites précises, remontant par en haut au-dessous des fausses côtes, se prolongeant par en bas vers la crête iliaque ; il est difficile d'affirmer s'il y a ou non de la fluctuation.

M. Picqué admet l'existence d'un phlegmon périnéphrétique, avec tuberculose rénale concomitante. Il intervient le 9 septembre 1893 au moyen d'une longue incision faite sur le bord de la masse sacro-lombaire gauche.

La fluctuation devient alors très nette à travers l'aponévrose. Cette dernière incisée, il s'écoule un litre de pus verdâtre, bien lié, sans odeur.

Lavage de la poche à l'eau boriquée, drainage.

Au premier pansement, on ne constate aucun écoulement de pus ; pas d'odeur urineuse ; mais par la palpation, on sent nettement une tumeur arrondie, ferme, s'engageant sous les fausses côtes, qui est constituée par le rein.

Le 17 septembre, la tumeur rénale, qui n'a pas diminué de volume, devient de nouveau douloureuse ; la température remonte à 40°.

Le 19 septembre, néphrotomie, qui se fait avec la plus grande facilité et a pour résultat l'évacuation de 1/3 de litre de pus grumeleux sans aucune hémorrhagie rénale.

Lavage à l'eau boriquée puis la cavité est bourrée avec de la gaze au salol.

La température d'abord abaissée ne tarde pas à remonter.

M. Picqué, supposant alors l'existence dans le parenchyme rénal de plusieurs poches satellites, qui n'avaient pu être ouvertes, propose la néphrectomie qui est acceptée par la malade et pratiquée le 28 septembre par décortication du rein, sans complication d'hémorrhagie.

Une notable partie de la poche périnéphrétique est enlevée en même temps ; le pédicule est ensuite touché au thermo-cautère ; puis toute la loge est bourrée avec de la gaze au salol.

A la section, le rein est farci de tubercules ramollis à contenu grumeleux. C'est le type du rein tuberculeux chirurgical. D'ailleurs des injections intra-péritonéales pratiquées sur des cobayes avec les produits extraits des foyers les rendirent tous tuberculeux.

Le 29 septembre, la malade rend un 1/2 litre d'urine troubles ; le 1er octobre la quantité est de 3/4 de litre.

Les forces s'améliorent à la suite de l'ablation du rein.

Malgré tout, le bourgeonnement de la cavité se fait très lentement ; les tissus prennent une apparence lardacée. Au commencement de décembre, M. Pozzi, qui a repris le service, pratique une ouverture suivant l'incision primitive et arrive dans un foyer fongueux tapissé de bourgeons d'aspect lardacé ; curettage de cette cavité, cautérisation énergique avec le cautère actuel ; pansement à la gaze iodoformée.

A la suite de cette opération complémentaire, la cicatrisation fait de rapides progrès; cependant il persiste une fistule, qui ne se ferme définitivement qu'en septembre 1894, c'est-à-dire un an après l'opération primitive.

Tel est le résumé exact de la très intéressante observation de M. Picqué.

En tenant compte de la marche affectée par la maladie chez cette jeune femme, j'aurais conclu comme lui que l'affection principale devait consister dans l'existence d'une tuberculose rénale, l'abcès périnéphrétique qui s'était développé dans les derniers temps n'ayant d'autre importance que celle d'un épiphénomène.

La vessie devait être mise hors de cause, malgré l'apparition, à de certains moments, de quelques douleurs de la miction, sans coïncidence signalée de la fréquence des besoins. Il est de notion courante que dans les affections douloureuses du rein et de l'uretère, le réflexe réno-vésical explique certaines souffrances de la vessie, alors que cet organe est en réalité indemne. C'est un phénomène qu'on a souvent l'occasion d'observer, avec une intensité marquée, pendant la durée des coliques néphrétiques dues à la migration des graviers. Le calme renaît dès que le gravier est parvenu dans la cavité vésicale, avant son expulsion définitive au dehors; ce qui prouve bien que la souffrance avait son origine dans la partie supérieure de l'appareil urinaire.

Le diagnostic une fois établi la ligne de conduite à tenir par le chirurgien était toute tracée. C'est précisément celle qu'a suivie notre distingué confrère : ouvrir d'abord la collection périnéphrétique, en se rendant compte que ce n'était là qu'une opération préliminaire.

Cette poche vidée, on put en effet reconnaître que le rein, augmenté de volume, formait une tumeur arrondie ferme s'engageant sous les fausses côtes. La température d'ailleurs qui avait d'abord diminué ne tarda pas à remonter à 40°, en même temps que la tumeur rénale devenait douloureuse. Une deuxième intervention s'imposait dès lors: la néphrotomie, qui fut pratiquée le 19 septembre, 10 jours après la

première. On acquit la certitude, par l'aspect du pus grumeleux, que c'était bien d'une tuberculose rénale qu'il s'agissait. Il n'existe encore dans la science que des cas bien rares où la néphrotomie ait suffi pour amener la guérison dans l'affection qui nous occupe. M. le Dr Vigneron en cite un, emprunté à la pratique de M. le Prof. Guyon. (1).

Il s'agit d'un enfant opéré six mois auparavant et dont l'état général et local absolument satisfaisant permettait d'espérer une guérison complète, au moment où M. Vigneron citait le fait. Pour qu'un pareil résultat soit possible, il est nécessaire que le rein, son parenchyme étant détruit, se trouve transformé en une poche unique, dont on fixe les lèvres à la paroi lombaire et dont on obtient lentement le retrait par des pansements appropriés. Ces conditions ne se trouvaient pas réalisées dans le cas de M. Picqué.

La température d'abord abaissée chez le malade, à la suite de la néphrotomie, s'éleva de nouveau, ce qui supposait l'existence dans le parenchyme rénal de plusieurs poches satellites, dont le contenu se trouvait emprisonné. Il devenait donc indispensable d'enlever le rein en totalité, ce qui fut fait le 28 septembre. L'intervention de M. Picqué a ainsi comporté trois actes bien distincts.

Je ne suis pas de ceux qui blâmeront notre confrère d'avoir agi avec cette lenteur graduée et circonspecte. Tout au plus peut-on regretter qu'il n'ait pas réussi lors de sa dernière intervention à enlever la totalité de la poche périnéphrétique, ce qui aurait rendu inutile l'opération complémentaire pratiquée plus tard par M. Pozzi et hâté d'autant la guérison.

Mais on sait combien ces poches sont adhérentes aux organes voisins et souvent à des organes importants, tels que le péritoine, l'intestin, les gros vaisseaux de la région, veine cave inférieure, aorte, de sorte qu'on est obligé de renoncer à leur énucléation complète, sous peine de s'exposer à de graves désastres opératoires.

Dans le cas qui nous occupe, chacune des interventions a eu son utilité; elle a réagi favorablement sur l'état général de la malade; la dernière, la néphrectomie, a été suivie d'une guérison complète qui ne s'est pas démentie depuis lors et qui remonte maintenant à près de trois ans. Ce fait démontre l'avantage de la néphrectomie, tout au moins à titre d'opération préliminaire, dans les cas compliqués, comme l'était celui de la malade de M. Picqué.

Du reste, cette manière de procéder compte de nombreux défenseurs et parmi eux des chirurgiens d'une haute autorité, parmi lesquels il me suffira de citer Czerny, M. le prof. Guyon et son élève M. Vigneron, l'auteur d'un remarquable travail sur l'*Intervention chirurgicale dans les tuberculoses du rein* (2).

Lorsque la nephrectomie secondaire doit suivre la néphrotomie, il convient d'y procéder sans attendre un trop long délai; autrement l'amélioration obtenue du côté de l'état général ne tarderait pas à disparaître et l'ablation du rein serait entreprise dans des conditions moins favorables. M. Picqué s'est conformé à ce précepte, sur lequel M. Tuffier a insisté avec raison. Il cite, dans son travail lu ici, un fait où la néphrectomie secondaire a été suivie de mort, probablement parce qu'on l'avait entreprise trop tard.

En dehors des cas où la néphrotomie doit être conseillée soit à titre d'opération préliminaire, lorsqu'un seul rein étant atteint, l'état général est gravement compromis, soit à titre d'opération définitive, lorsque la tuberculose rénale s'accompagne d'ulcérations tuberculeuses étendues de la vessie, ou que l'autre rein est lui-même altéré, il en est d'autres où l'on doit donner la préférence à la néphrectomie d'emblée.

Les cas qui doivent engager à recourir à la néphrectomie d'emblée, sont ceux dans lesquels, avec le peu de gravité de l'état général, les lésions se trouvent limitées à un seul rein, ou, tout en étant limitées à un seul rein, ne s'accompagnent, en outre, que de très faibles altérations du côté de la vessie ou des poumons.

Relativement à l'unilatéralité des lésions, M. Vigneron, en se fondant sur le résultat de cent interventions, est arrivé à établir, ainsi que le rappelle M. Picqué, que cette unilatéralité devait exister 83 fois. Les lésions n'auraient été bilatérales que 17 fois sur 100, ce qui est un chiffre rassurant au point de vue opératoire.

Je m'arrête ici; les détails dans lesquels je suis entré auront suffi, je l'espère, à vous démontrer tout l'intérêt du travail qui nous a été lu par M. Picqué, à l'appui de sa candidature.

Notre confrère est chirurgien des hôpitaux. Ce titre suffit à résumer sa valeur scientifique et professionnelle; son honorabilité est incontestable. Nous serons tous heureux de l'accueillir parmi nous, comme membre titulaire de la Société de médecine de Paris.

A. Guépin. M. Picqué, dans son travail de candidature, a insisté sur l'influence réflexe du rein malade sur la vessie saine, sur ce que l'on a nommé et sur ce qu'il nomme le réflexe réno-vésical. Or, il paraît ressortir des termes mêmes employés par notre confrère que la connaissance de ce prétendu réflexe réno-vésical, soit de date récente. Je connais trop l'érudition de M. Picqué pour supposer un seul instant qu'il ait pu commettre une semblable erreur. Je tiens donc à rappeler les grandes lignes de l'historique de la question, question traitée avec tous les développements qu'elle comporte par notre collègue de Grandcourt dans sa remarquable thèse (Etude et diagnostic des fausses-cystites, Paris, juillet 1894.)

C'est avec Morgani (de sed. et causis morb.), avec Harder cité par Bonet, avec Bonet (Sepulchretum), que furent connus les premiers exemples de retentissement réflexe des lésions du rein sur la vessie. Puis Rayer (1839). Le Dentu (1889), soit citèrent de nouvelles observations, soit encore réunirent les faits publiés avant eux.

On ne connaissait encore que l'action à distance des affections chirurgicales du rein; mais on vit bientôt que les néphrites médicales, si l'on peut s'exprimer ainsi, avaient un retentissement reflexe analogue et chacun connaît la pollakiurie douloureuse de certains brigthiques (Dieulafoy).

Tous ces faits en apparence si distincts par leurs causes sont très analogues, sinon identiques par leur symptomatologie, l'inefficacité du traitement intra-vésical autant que la réussite des procédés thérapeutiques s'adressant à leur cause. Ils rentrent dans la règle générale formulée par Reliquet sur les réflexes urinaires (1878).

D'ailleurs, le terme de réflexe réno-vésical contient une double inexactitude; car l'urètre comme la vessie subit des modifications identiques dans sa sensibilité et sa contract-

(1) Vigneron, de l'Intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein. (*Annales des maladies des organes génitaux-urinaires*), T. XI, 1893, p. 692.

(2) Chez Steinheil, 1892.

ité. Il faudrait donc dire réflexe réno-vésico-urétral. Et de plus, les lésions périrénales, urètérales, péricystiques, véiculaires, prostatiques, etc., agissent souvent de même. Je préfère encore l'expression d'*excitation réflexe vésico-urérale* à point de départ périrénal, renal, urétéral, etc.

Évidemment un jour viendra où le mécanisme intime de cette action à distance sera bien déterminé. Mais je tenais dire que ce sujet, d'une grande importance clinique, déjà connu et bien étudié par les auteurs précités, presque oublié depuis, est depuis quelque temps à l'ordre du jour grâce surtout aux efforts de M. de Grandcourt. (Revue générale de la *Gazette des hôpitaux*, 21 mars 1896).

Les conclusions favorables du rapport de M. Dubuc sont adoptées. Le vote sur la nomination de M. Picqué aura lieu à la prochaine séance.

Névralgie superficielle chez une accouchée. — M. Pellier. (Sera publié).

Prophylaxie de la tuberculose (*suite de la discussion*). — I. Jullien au nom de M. Bouloumié, donne lecture des conclusions du rapport.

M. Christian propose de remettre cette discussion à la rentrée d'octobre, la question étant trop importante pour être traitée à la veille des vacances.

M. Ladreit de Lacharrière partage l'avis de M. Christian.

M. Jullien fait observer que le désir de M. Bouloumié est que ces conclusions soient votées le plus tôt possible.

Après observation de MM. Christian et Ladreit de Lacharrière, la Société adopte les conclusions du rapport de M. Bouloumié, en réservant la question du crachoir, qui reviendra en discussion à une séance d'octobre.

M. Sombret (du Havre) est nommé, à l'unanimité, membre correspondant national.

La séance est levée à 5 h. 1/4.

J. Brossard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 juin 1896. — Présidence de M. Ch. Monod

Résection du ganglion de Gasser. — M. Gérard Marchant. J'ai opéré deux malades atteints de névralgie faciale par le procédé de Quénu. Après résection de l'os maxillaire inférieur, j'ai pénétré jusqu'à la ligne qui sépare l'apophyse ptérygoïde et qui m'a donné accès au trou ovale au niveau duquel on fait sauter le pont osseux qui entoure le trou ovale et le sépare de l'orifice de trépanation. Saisissant alors le nerf avec un crochet on peut soit réséquer le ganglion soit le délacérer.

Chez la première malade, malgré une première résection du nerf maxillaire inférieur, continuant à souffrir, je lui ai fait la délacération du ganglion. Depuis deux ans cette malade ne souffre plus. Chez le second existaient des douleurs telles qu'il ne pouvait ni manger, ni parler. Il était dans un état lamentable. Je fis l'opération par le même procédé. Deux heures après l'ablation de la gaze iodoformée dont j'avais bourré la plaie le malade fut pris de coma qui dura deux heures. Puis quelques jours après survinrent des troubles trophiques de l'œil, de l'ulcère de la cornée, qui put nous faire craindre d'avoir à faire l'exentération de l'œil. Le résultat définitif n'a pas été des plus favorables. Le malade souffre encore.

Quelle preuve avez-vous de l'ablation réelle du ganglion? La sensibilité chez les malades après l'ablation persiste encore. Ce n'est donc pas enlevé complètement.

L'examen de la pièce qui paraît être le ganglion avec ses trois branches ne démontre pas qu'il existe réellement du tissu nerveux. Dans un cas que j'ai pu faire examiner par M. Gombault, celui-ci n'a trouvé qu'un tissu myxomateux et nullement des éléments nerveux.

Aussi n'ayant trouvé nulle part un examen consciencieux ni vu publier des pièces photographiées, je me permets de douter des faits d'ablation totale du ganglion de Gasser.

Et malgré cela, les douleurs atroces que supportait le malade ont en partie disparu.

Cal vicieux, ostéotomie. — M. Schwartz fait un rapport sur un cas présenté par M. Rochard. Le malade était atteint de fracture de jambe vicieusement consolidée au niveau du tiers inférieur et du tiers moyen Les deux os formaient un angle à sommet antérieur, auquel s'ajoute une rotation latérale telle qu'il est impossible au malade de marcher sur la plante du pied. Six ans après l'accident, il fut pris de douleurs violentes dans son cal et la déformation s'accentua au point qu'il ne pouvait circuler ni marcher. L'ostéotomie fut faite le 2 novembre. Les deux extrémités du fragment tibial furent enlevées par le ciseau de Mac Ewen, puis, un peu plus haut, fut faite l'ostéotomie du péroné. Dès ce moment, la résection fut rapide et, l'appareil plâtré maintenant la réduction, la guérison se fit assez rapidement, 5 à 6 mois après l'intervention.

Au point de vue anatomo-pathologique, il est à remarquer que l'on a pu voir deux cavités creusées à l'extrémité des fragments tibiaux. Si l'on n'oublie pas que l'on a eu affaire à une fracture compliquée, il serait assez simple de supposer que l'on a eu affaire ici à une infection analogue à ce qui se produit dans l'ostéomyélite chronique, où les foyers restent latents pendant de longues années, chez le malade 6 ans.

Gastro-entérostomie par le procédé de Souligoux. — M. Picqué lit la communication de M. Souligoux.

Dans mes expériences, j'ai eu pour but d'aboucher estomac à intestin, intestin à intestin, vésicule biliaire à intestin sans ouvrir ni l'un ni l'autre des organes à anatomoser.

J'ai voulu imiter des faits pathologiques bien connus. On voit souvent en effet à la suite de tuberculose intestinale deux anses s'endosser, les noyaux caséeux se fondre et une entéro-anostomose s'établir; les mêmes faits se passent à la suite de cancer où l'on voit se former des communications par destruction soit entre deux anses d'intestins, soit entre le rectum et la vessie.

J'ai donc cherché à déterminer sur deux anses intestinales à aboucher deux plaques de sphacèle.

Voici comment je procède :

Soit en deux anses intestinales à anastomoser.

L'aide aplatit l'anse A. Avec un instrument de pression puissant, j'écrase une portion de l'intestin suivant son bord libre et son axe longitudinal; puis l'aide l'abandonne. La portion d'intestin serrée, est réduite à une mince membrane transparente aussi mince qu'une feuille de papier à cigarette. Sous l'influence des contractions intestinales,

l'anse tout entière y compris la portion serrée se déplisse.

Nous avons alors sur la face libre de l'anse une surface losangique mortifiée de 4 centimètres de long sur deux ou trois de large. Il est inutile de dire que la longueur est facultative et peut être aussi étendue qu'on le désire.

La même opération est pratiquée soit sur l'estomac soit sur une autre anse intestinale.

On peut considérer à ces surfaces sphacélées deux bords et deux angles.

Par un surjet on réunit : 1° les bords postérieurs. Le fil passé en faisant le nœud initial, on laisse une assez longue partie (10 cent. environ) de fil libre. Le surjet est ensuite continué jusqu'à l'angle gauche. A ce moment avec de la potasse caustique on cautérise légèrement la surface mortifiée où le péritoine a en partie résisté; l'aide, à mesure que l'on cautérise, éponge avec un tampon de telle sorte que rien ne coule en dehors des surfaces mortifiées. Ceci fait l'on continue le surjet en réunissant bord antérieur à bord antérieur et on l'arrête par un nœud qui réunit les deux extrémités du fil. La cautérisation colore en noir les surfaces mortifiées. On inspecte la ligne de suture et s'il paraît quelques points noirs, on les enterre sous quelques points de suture isolés séparés.

Il ne reste plus maintenant qu'à réduire l'intestin, suturer les parois abdominales et attendre que les plaques sphacélées s'éliminent, ce qui se produit dans les 48 heures au plus. Par suite l'entero-anastomose ou la gastro-entero-anastomose s'établissent. A ce moment les adhérences d'ailleurs soutenues par le surjet sont plus que suffisantes pour s'opposer à tout écoulement de matière ou de gaz dans la cavité péritonéale.

M. Reclus. — J'ai eu l'occasion de voir opérer M. Souligoux une malade qui depuis 18 jours n'avait pu supporter l'ombre d'aliments. L'opération n'a duré que 25 minutes. Les suites furent merveilleuses et trois jours après, à l'auscultation on entendait un bruit de glouglou qui révélait l'existence de la communication. Pendant 5 jours tout allait merveilleusement lorsque la malade succomba presque subitement en n'ayant d'autre phénomène qu'une parotidite suppurée.

A l'autopsie les adhérences étaient parfaites et l'ouverture gastro-intestinale idéale, sauf un petit pédicule qui avait résisté à la pince.

Je n'ajouterai que ceci : que la malade était dans un état de cachexie des plus profonds. Or elle n'aurait pu supporter une opération aussi longue que nos anciennes gastro-entérotpmies alors que notre malade n'a eu qu'une intervention de 25 minutes.

M. Chaput. J'ai suivi de très près les expériences de M. Souligoux et j'ai pu en apprécier toute la valeur. C'est une méthode qui a pour grand avantage de faire l'anastomie sans ouverture du tube digestif. J'ai pensé à remplacer la cautérisation à la potasse, que recommande M. Souligoux, par la cautérisation au fer rouge, ce qui n'est qu'une simplification de la méthode. Pour la résection de l'intestin, il suffira de nouer les deux bouts, puis de les cautériser et de suturer au niveau des parties saines avec ligatures perdues.

M. Routier. Je ne sais pas s'il est indifférent de laisser des parties sphacélées dans l'intérieur de la cavité intestinale, d'où pourraient partir des éléments d'infection.

M. Reynier. — J'ai vu appliquer aussi le procédé de M. Souligoux et il me paraît mettre à l'abri des infections surtout dans les anastomoses latérales. Je me demande dans les résections de l'intestin, on pourra employer ce procédé, tel que l'a appliqué M. Chaput ; il sera certainement dangereux, puisque l'escharre ne tombe qu'au bout de heures, de laisser pendant ce temps l'intestin grêle oblité

Torsion du cordon spermatique avec étranglement testicule. — Observation lue par M. Leguen.

Cholécystectomie pour lithiase biliaire. — Présentat de la malade par M. Gérard Marchand.

Accidents névritiques à distance par la compress progressive et forcée. — Présentation du malade M. Delorme.

F. Verchère.

MEMENTO PRATIQUE

Quelques nouvelles formules d'ophthalmologie (1).

Par M. le Dr de Bourgon.

Ancien chef de clinique aux Quinze-Vingts
Médecin-ophthalmologiste de l'hôpital Saint-Joseph.

(suite)

Dans les affections oculaires proprement dites, la séd tion a été manifeste dans les cas d'iritis, irido-cycli cyclite, etc. très douloureuses. Employée dans le glauco irritatif qui n'est modifié dans les crises douloureuses q par le sulfate de quinine (Adamück) et si peu ! elle a p duit une diminution de la douleur, quelquefois toujo une disparition complète. Depuis plus de deux ans, je s gne une dame âgée de 33 ans, très mondaine et qui a f quemment des crises de glaucome subaigu. Elle se ref énergiquement à toute intervention oculaire. Depuis ans que dure son affection, elle a consulté la plupart oculistes de Paris qui ne la soulagèrent que très peu, proposant tous soit une sclérotomie, soit une iridecton Avec ces cachets qu'elle absorbe au moment des cri douloureuses elle a vu d'abord une diminution, même disparition de l'accès et celui-ci est éloigné. Actuellem elle est positivement enchantée de pouvoir se livrer fatigue aux labeurs de la vie mondaine.

Sédatifs généraux ces cachets calment, bien entendu, douleurs consécutives au phlegmon orbitaire, aux opé tions graves et douloureuses etc.

Notons enfin leur action énergique sur les douleurs variées comme forme, intensité, durée, fréquence et éten liées à l'épisclérite ou à la sclérite, aucune autre médicat ne peut les appaiser. L'antipyrine à haute dose préconis par le Dr Largeau dans une thèse récente (1895) est so vent impuissante là où nous avons un succès complet a cette formule.

Chez un ouvrier typographe de 52 ans, atteint d'épis rite avec kératite sclérosante, j'ai obtenu un apaisen complet des phénomènes douloureux avec un traitement huit jours. Il a pu reprendre son travail minutieux et dep lors lorsque à de rares intervalles reparaissent les doule elles cèdent immédiatement après l'absorption de 2 cachets au plus. Chez ce malade, tous les médicame

(1) Communication faite à la Société médicale du VII° arrondissement, le 26 mai 1895.

assiques avaient été essayés (atropine et cocaïne localement, frictions mercurielles simples ou belladonées, ntipyrine à l'intérieur, voire même l'électricité) et n'avaient roduit aucun résultat thérapeutique *durable*.

J'insiste sur ce mot *durable*. Cette médication n'est pas, n effet, seulement symptomatique, elle est curative. Pour la, il est nécessaire d'absorber selon l'intensité de l'accès, à 4 cachets tous les jours, indépendamment de l'accès lui-même. Au moment de l'accès, on le coupe, ou on en amort l'intensité par l'absorption de demi-heure en demi-heure un cachet. L'accès terminé, on doit continuer l'absorption notidienne de 2 à 4 cachets pour recommencer les doses assives; lors d'une nouvelle crise douloureuse. Ce n'est qu'au bout d'une quinzaine de jours environ, quand les phénomènes morbides sont apaisés, qu'on peut en suspendre mploi journalier, sans inconvénient. Cet arrêt ne doit être ffectué que quand les accès sont devenus d'une faiblesse trême, et se réduisent plutôt à un engourdissement douloureux qu'à une crise vraiment névralgique. Ce n'est qu'en lministrant ainsi ce médicament complexe qu'il est possible d'obtenir une guérison complète.

Très bien supporté par les estomacs même délicats, grâce la présence de l'agent anesthésique (chlorhydrate de caïne), il n'a jamais produit de troubles généraux. Préparation stable, non déliquescente, se conservant longtemps ns altération, d'un volume relativement restreint, elle oit être exécutée avec beaucoup de soins par le pharmaen. (Pureté absolue des produits, dessiccation complète, c.)

VARIÉTÉS

Les odeurs de Paris sous l'ancien régime

Le printemps, qui nous a ramené les roses, nous a rame- aussi les plaintes sur les odeurs de Paris. Paris est un baque! Il est infect! Il est inhabitable! Faites-nous de ands feux de papier d'Arménie!

Ils ne songent point à leurs pères, les Parisiens, à ces tits bourgeois du Marais, qui habitaient, il y a cinquante s à peine, entre deux cimetières, à proximité d'un égout couvert et régulièrement obstrué, dans des rues étroites, al ou non pavées, sans trottoirs, où s'entassaient les ues, les immondices et les débris; où se réunissaient, ns des flaques à l'aspect verdâtre et inquiétant, les eaux s plus diverses jetées, nuit et jour, par les fenêtres, dans s rues enfin dont chacune était une voirie, que lavait ale l'eau du ciel. S'ils songeaient aux odeurs que devaient spirer, la vie durant, leurs pères, les Parisiens ne sentaient plus celles dont ils se plaignent; c'est donc leur adre service que de leur donner, en quelques lignes qui uvent être thérapeutiques, une idée de ces odeurs.

Lutèce, notre Paris, ne pourrait sentir, s'il en faut croire tymologie que donnent de son nom les anciens chroneurs, que mauvais. *Lutea a luti fetore* : « Ele fu apelée e tens par son premier nom Leuthèce, qui vaut autant à e come vile boueuse ou plaine de boue. « (Chroniques Saint-Denis.) Depuis ces temps reculés, les plaintes sur odeurs de Paris se reproduisent sans cesse; en voici, usage de nos difficiles contemporains, un petit recueil : Un soir de l'année de grâce 1185, le roi Philippe-Auguste pprocha d'une fenêtre, où il avait coutume de venir « Saine regarder et avoir récréation de l'air. Si avint que charetes que on chariait parmi les rues esmurent et trouillièrent si la boue et l'ordure dont ele estoient plaines, que une puors en issi si granz que à peines la poust nus soufrir, si monta jusques à la fenestre où li Roy seoit. Quant il senti cele puor si corrompue, il s'entorna de cele fenestre en grant abomination de cuer. » (Chroniques de Saint Denis). Philippe-Auguste fit alors mander le prévôt de la ville et lui commanda de faire entreprendre le pavage des rues. On sait que seules furent pavées les voies qui formaient la « croisée de Paris » de la rue Saint-Jacques à la rue Saint-Denis, de l'abbaye Saint-Antoine-des-Champs au Louvre, par le Châtelet.

Malgré les efforts de la royauté, Paris demeura, selon l'expression d'une ordonnance de 1374, « tout empuanti ». « Le principal soing, écrit au seizième siècle Montaigne, que j'aye à me loger, c'est de fuir l'air puant et pesant. Ces belles villes, Venise et Paris, altèrent la faveur que je leur porte par l'aigre senteur, l'une de son marais, l'autre de sa boue ». Vers la même époque, les Parisiens se plaignent en ces termes, dans la Satire Ménippée : « Nous sommes serrez, pressez, envahis, bouclez de toutes parts, et ne prenons air que l'air puant d'entre nos murailles, de nos bouës et de nos égouts. » D'Ierni, un Italien attaché à la personne du légat Alexandre de Médicis, écrivait : « Il circule dans toutes les rues un ruisseau d'eau fétide, où se déversent les eaux sales de chaque maison et qui empeste l'air; aussi est-on obligé de porter à la main des fleurs ou quelque parfum pour chasser cette odeur. »

En 1636, le sieur Anne de Beaulieu fut chargé de rédiger un rapport sur l'état des rues. Il les trouve pleines, les unes « d'une quantité d'immondices, ordures, vuidanges et boues seiches collées et attachées contre les murs des deux costez », les autres « d'une quantité de fumiers compilez avec boues, qui arrestent le cours des eaux des ruisseaux », Le sieur de Beaulieu se plaint, de façon particulière, des égouts : ils exhalent tous une « grande vapeur puante ».

Au dix-huitième siècle, après les splendeurs du règne du Roi-Soleil, l'infection de la capitale est la même qu'au douzième.

La princesse Palatine écrit, le 25 août 1718 : « Paris est un endroit horrible, puant et très chaud. Ses rues y ont une si mauvaise odeur qu'on ne peut y tenir; l'extrême chaleur y fait pourrir beaucoup de viande et de poisson; et cela joint à la foule des gens qui... dans les rues, cause une odeur si détestable qu'il n'y a pas moyen d'y tenir. » On s'aperçoit, dans ce siècle, des inconvénients qu'il y a, pour une ville qui s'accroît tous les jours, à posséder dans ses murs vingt cimetières. Un arrêt du Parlement, du 21 mai 1765, constate « que les plaintes sont journalières sur l'infection que répandent aux environs les cimetières, principalement lorsque les chaleurs de l'été augmentent les exhalaisons; qu'alors la putréfaction est telle que les aliments les plus nécessaires à la vie ne peuvent se conserver quelques heures dans les maisons voisines sans s'y corrompre ». Cet arrêt ordonnait la fermeture des cimetieres urbains. Il ne fut pas exécuté, et Voltaire pouvait écrire encore, en 1768 : Vous avez dans Paris un Hôtel-Dieu où règne une contagion éternelle, où les malades, entassés les uns sur les autres, se donnent réciproquement la peste et la mort. Vous avez des boucheries dans de petites rues sans issue, qui répandent en été une odeur cadavéreuse

capable d'empoisonner tout un quartier. Les exhalaisons des morts tuent les vivants dans vos églises et les charniers des Innocents sont encore un témoignage de barbarie qui nous met fort au-dessous des Hottentots et des nègres. »

En 1796, enfin — il y a juste un siècle — le Dr Jean Hallé note que la rivière de Bièvre est empestée sur tout son parcours. A l'endroit où elle se jette dans la Seine « les émanations sont telles, écrit-il, que nous avons vu toute l'argenterie et la batterie de cuisine d'une petite auberge, située en cet endroit, entièrement noircie, malgré le soin qu'on a de les entretenir dans une grande propreté et de les tenir enfermées ». Ainsi se relient, par une suite ininterrompue de plaintes, la plainte de Philippe-Auguste à son prévôt et celles des Parisiens d'aujourd'hui à leur conseil.

Aux causes de l'infection de Paris, sous l'ancien régime, indiquées dans les extraits qui précèdent : les boues, les ordures, les égouts, les cimetières, les hôpitaux et les ruisseaux, il faudrait en ajouter bien d'autres encore. Au moyen âge, les volailles et les pourceaux encombrent les étroites rues ; en 1131, l'héritier présomptif de la couronne de France, Philippe, fils aîné de Louis le Gros, est renversé de cheval par un porc furieux et meurt des suites de la chute. Une ordonnance de 1348, confirmée par François Ier en plein seizième siècle, ne permet qu'au prieuré du Petit-Saint-Antoine d'entretenir dans les rues l'animal cher au saint de ce nom. Les vidangeurs, que nos pères décoraient du joli nom de « Maistres-Fifi », contribuaient d'une façon efficace à l'insalubrité des rues. Le plus souvent, ils ne prenaient point la peine de transporter les immondices hors de la ville, aux voiries ; ils les abandonnaient la nuit, sur les places publiques, ou les jetaient au ruisseau : en 1721, des ouvriers sont surpris en train de vider sur la chaussée la fosse d'un séminaire. La Seine enfin est déjà signalée comme un foyer de contagion. Cette rivière est si pleine, dit une ordonnance de 1404, « de bouës, fiens, gravois, ordures, putréfactions et immondices, que ce est grant orreur et abhomination à voir ». Vers la fin du dix-huitième siècle Mercier écrit dans son *Tableau de Paris* : « Les vidangeurs versent au point du jour les matières fécales dans les égouts et dans les ruisseaux. Cette épouvantable lie s'achemine lentement le long des rues vers la rivière, et en infecte les bords, où les porteurs d'eau puisent le matin dans leurs seaux l'eau que les insensibles Parisiens sont obligés de boire. »

La conséquence immédiate de cette infection était le retour périodique des épidémies.

La peste noire ou peste à bubons tue, en 1348 et 1349, cinq cents personnes par jour (Guillaume de Nangis). Elle réapparaît en 1399, en 1418, « où on se mourait très merveilleusement », dit Monstrelet, en 1433. En 1438 et 1445, c'est le tour de la petite vérole. En 1450, 1466, 1500, 1510, 1516, 1519, 1522, 1530, 1531, 1533, 1544, 1546, 1548, 1553, 1562, 1563, 1568, nouvelles épidémies de peste. Petite vérole en 1569 ; et en 1578, apparition du « courant », nouvelle épidémie qui semble être, dit M. Franklin, dans sa *Vie privée d'autrefois*, la première apparition du choléra. Peste en 1580, 1584, 1596, de 1606 à 1607, en 1619, 1623, 1625, 1628, 1636, 1638. On a calculé qu'un seul cimetière de Paris, celui des Innocents, aurait reçu, de 1186 à 1785, un million deux cent mille cadavres ; la moyenne annuelle des inhumations y était de 3,000.

La comparaison, on le voit, n'est guère possible entre l'état sanitaire de Paris sous l'ancien régime et son état d'aujourd'hui. Le bonhomme La Fontaine, s'il revenait au milieu de nous, s'il entendait nos plaintes désespérées pour quelques odeurs désagréables qui soufflent sur quelques quartiers de Paris, pendant quelques jours de l'année, et ces jours-là, pendant quelques heures, nous accuserait bien certainement d'ingratitude envers notre conseil municipal et nous répéterait, en souriant :

Les délicats sont malheureux,
Rien ne saurait les satisfaire.

(*Le Temps*)

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés :

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de première classe Du Cazal; MM. les médecins-majors de première classe Cluzan, Laurent et Huchard; M. le médecin en chef de la marine Manson.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Badin, M.-C.-H. Lambert, Carrière, Laydeker, Bourdeloy, Dulery, Schmit, F.-P. Lambert, Chopard, Dorange, Godard, Brindel et Lafite (armée territoriale), MM. les médecins-majors de deuxième classe Milliès, Colin, Mistarlet, de Balthasar de Gachéo, Bréau, Jouanno, Vedel, Alvernhe, Delahousse et Soula ; MM. les docteurs Kinsbourg (de Remiremont) et Millet (de Montmorency) ; M. le Dr Jacquot, médecin aide-major de première classe (armée territoriale); MM. les médecins de première classe de la marine Pellissier, Mialaret, Marestang, Gorzien, Guillarmou, Laborde, Chassériaud, Martel et Leclerc.

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux s'est terminé jeudi par la nomination de MM. Lesage, de Gennes et Courtois-Suffit.

Faculté de médecine de Paris. — Le concours pour le prosectorat vient de se terminer par les nominations de MM. Riche et Marion. — M. Savariaud a été proposé pour les fonctions de prosecteur provisoire.

Corps de santé militaire. — Par décrets, en date du 10 juillet 1896, et par décision ministérielle du même jour, ont été promus et sont reçu les affectations suivantes dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Michaud, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand; maintenu à son poste actuel.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Gorssse, médecin major de première classe, hors cadre, désigné pour le 24e d'artillerie. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Masson, au 161e d'infanterie; maintenu à son poste actuel. — Legrand, au 94e d'infanterie; maintenu à son poste actuel. — Salètes, hors cadre, au 8e d'infanterie; maintenu à son poste actuel. — Lazare, au 8e d'infanterie; maintenu à son poste actuel. — Darde, au 12e d'infanterie; maintenu à son poste actuel. — Jouanno, au 62e d'infanterie; maintenu à son poste actuel.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Janicot, médecin-major de deuxième classe, désigné pour le 17e d'infanterie. — Mignon, médecin, aide-major de première classe aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; maintenu à son poste actuel. — Sabatier, médecin-major de deuxième classe hors cadre, à l'école de l'artillerie et du génie à Versailles ; maintenu à son poste actuel. — Ducurtil, médecin aide-major de première classe au 2e spahis ; désigné pour le 6e d'infanterie. — Robert, médecin-major de deuxième classe ; désigné pour le 150e d'infanterie. — Vigerie, médecin aide-major de première classe, à l'hôpital militaire et à la place de Maubeuge ; maintenu à son poste actuel.

Association Française de chirurgie. *10e Congrès 19-24 octobre 1896.* — Le 10e Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la faculté de médecine, le lundi 19 octobre 1896, sous la présidence de M. le professeur Terrier, membre de l'Académie de médecine.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° Thérapeutique chirurgicale des pieds bots. M. Forgue, de Montpellier, rapporteur.

2° Traitement des prolapsus génitaux. M. Bouilly, de Paris, rapporteur

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications à M. Lucien Picqué, secrétaire général, rue de l'Isly, 8, Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au Secrétaire général.

Congrès français de médecine (3e Session — Nancy 1896). — Programme général : *Jeudi 6 août.* 10 heures du matin séance d'ouverture à la salle Victor Poirel. 2 heures : séance générale à l'Institut anatomique de la Faculté de médecine. De l'application des sérums sanguins au traitement des maladies. Rapporteurs : MM. Roger et Haushalter ; Discussion. Communications diverses sur le même sujet. 9 heures : Réception à l'Hôtel de Ville par la municipalité.

Vendredi 7 août. 8 heures du matin : Visite des hôpitaux. 10 heures : Communications diverses. 2 heures : Séance générale à l'Institut anatomique. Coagulations sanguines intra-vasculaires. Rapporteurs . MM. Mayet et Vaquez. — Discussion. Communications diveres sur le même sujet.

Samedi 8 août. 9 heures du matin : Communications diverses. 2 heures : Séance générale. Pronostic des albuminuries. Rapporteurs : MM. Arnozan et Talamon. Discussion. Communications diverses sur le même sujet.

Dimanche 9 août. Excursion à Contrexéville et Vittel. — Train spécial, déjeuner et dîner offerts gracieusement aux membres du Congrès par les Compagnies des eaux.

Lundi 10 août. 9 heures : Communications diverses. heures : Communications diverses.

Mardi 11 août. 9 heures : Séance générale : choix de la ville où se réunira le 4e Congrès. Election du bureau pour la prochaine session. Questions diverses. Excursion à Plombières. — Train spécial et banquet gracieusement offerts aux membres du Congrès par la Compagnie des Thermes.

Le Secrétaire général : Dr Paul Simon.
Professeur à la Faculté de médecine.

N. B. — *Le programme détaillé des communications et discussions sera remis aux Congressistes à leur arrivée à Nancy.*

Septième congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française (Nancy 1896.) — Programme. — Le septième Congrès des Aliénistes et Neurologistes se tiendra à Nancy, du 1er au 6 août 1896, dans un amphithéâtre de l'Institut Anatomique, rue Lionnois, 23, où le secrétariat se trouvera également transporté pendant la durée du Congrès.

Le programme est ainsi composé :

Samedi 1er Août. — Matin, 10 heures : séance solennelle d'ouverture, dans une galerie de la salle Poirel, rue Victor-Poirel ; soir, 2 heures : première question du programme Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe. Rapporteur, M. le Docteur Séglas. Discussion.

Dimanche 2 Août. — Excursion à Maréville, visite de l'Asile. Banquet offert aux Congressistes par l'Administration de l'Asile.

Lundi 3 Août. — Matin, 9 heures : discussion du premier rapport *(suite)* ; soir, 2 heures : deuxième question du programme. De la séméiologie des tremblements. Rapporteur, M. le Docteur Lamacq. Discussion.

Mardi 4 Août. — Matin, 9 heures : troisième question du programme. De l'internement des aliénés dans les établissements spéciaux. Thérapeutique et législation. Rapporteur, M. le Docteur Paul Garnier. Discussion. Soir, 2 h. suite de la discussion des rapports. Communications diverses ; soir, 7 heures : banquet par souscription du Congrès.

Mercredi 5 Août. — Matin, 9 heures : communications diverses ; soir : excursion aux environs de Nancy.

Jeudi 6 Août. — Matin, 9 heures : communications diverses ; soir, 2 heures : communications diverses ; soir, 9 heures : réception à l'Hôtel de Ville par la Municipalité. Clôture du Congrès.

Legs. — Par décret, en date du 5 mars 1896, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, est approuvée la transaction relative aux dispositions testamentaires de Mme Titus d'Ernesti, née Bader, et résultant tant de la lettre en date du 22 octobre 1895, par laquelle le légataire universel, M. Sully-Bertin, consent à verser à l'Académie de médecine de Paris une somme de 100,000 francs, nette de tous frais, que de l'acceptation contenue dans la délibération du conseil d'administration de l'Académie de médecine de Paris en date du 12 novembre 1895.

Cette somme de 100,000 francs sera provisoirement versée à la Caisse des dépôts et consignations et devra servir, avec d'autres ressources, à la construction projetée d'un nouveau local de l'Académie de médecine.

Il sera passé acte public de cette transaction et des clauses et conditions qu'elle comporte.

Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine de Paris est autorisé, en exécution de la transaction intervenue, à renoncer à la libéralité faite en sa faveur par Mme

Titus d'Ernesti, née Bader, et résultant des testaments et codicilles olographes des 13 février, 28 juin, 31 juillet 1889 et 24 mars 1890.

Le doyen de la Faculté de médecine de Paris est autorisé, au nom de cet établissement, à renoncer au legs fait à ladite faculté par Mme Titus d'Ernesti, née Bader, suivant ses testaments et codicilles olographes des 13 février, 28 juin, 31 juillet 1889 et 24 mars 1890.

La mortalité des médecins. — M. Salzmann, d'Essling (Autriche), vient de se livrer à une étude sur la mortalité des médecins dans sa province. Au XVI^e^ siècle, la mort frappait les médecins à 35 ans et 5 mois; au XVII^e^, à 45 ans et 8 mois, et dans notre siècle à 56 ans et 7 mois. D'après la *Revue scientifique*, ces résultats doivent être attribués aux progrès de la science préventive, qui a su, par des travaux tout à fait spéciaux, entraver surtout la fièvre typhoïde et la variole.

Infirmerie de Saint-Lazare. — M. Leblond a commencé, à l'infirmerie spéciale de la maison de Saint-Lazare, un cours complet de gynécologie élémentaire et pratique. M. Verchère fait, dans le même établissement, un cours sur l'anatomie pathologique et l'étude clinique de la blennorrhagie.

Les fiches bibliographiques. — Nous empruntons cet article, tout à fait juste, à notre collègue F. HELME, de la *Médecine moderne* :

« On ne me reprochera pas d'abuser de la réclame. Il ne m'est jamais arrivé jusqu'ici de louer l'entreprise de personne. Je veux cependant, pour une fois, et très carrément, faire exception à la règle. Il s'agit, en effet, de l'un de nous, de Marcel Baudouin, qui en créant son système de fiches bibliographiques a fait œuvre hardie autant que personnelle. Je ne m'attarderai pas à faire la critique du système de classification décimale utilisé et perfectionné par l'auteur. Quand on a plusieurs centaines de mille fiches à ranger, il faut apporter dans leur classement un esprit de méthode particulièrement rigoureux. faute de quoi on passerait des journées à trouver la moindre indication désirée.

« Mais tout cela c'est affaire de bibliothécaire. Ce qui nous importe à nous, ce n'est point de savoir comment on arrive à s'y reconnaître au milieu d'un million de mémoires, mais plutôt comment, sur simple demande, on peut avoir communication de l'œuvre à consulter.

« Vous savez tous, en effet, comme moi, les tribulations par lesquelles on passe si l'on veut publier le moindre travail. On a observé, par exemple, deux ou trois faits, on les a reliés les uns aux autres, de façon à constituer une entité à peu près viable. Comme on ne veut pas garder toutes ces bonnes choses pour soi, on se met en un jour de verve à rédiger ses notes. Jusque-là, tout va bien. Mais comme il faut savoir ce que les autres ont pensé sur le même sujet, tout ayant été dit « depuis six mille ans qu'il y a des hommes et qui pensent », suivant le mot de La Bruyère, il faudra se rendre à la Bibliothèque prochaine. Bon. On fait sa bibliographie de son mieux et à grand'peine.

« Enfin, l'œuvre s'achève ; elle paraît ; et patatras! voilà les ennuis qui commencent. C'est X... qui vous écrit une lettre miel et fiel pour se plaindre de votre manque de mémoire ; vous n'avez pas cité son travail paru il y a quelque dix ans. Y..., lui, est plus réservé, mais il n'y a pas de doute, il vous bat froid. Quant à X..., c'est la vendetta qu'il vous a déclarée. Il avait une observation du même genre que les vôtres, vous l'avez laissé passer, vous êtes un homme sans foi, et il le dira toutes les fois que vous ne serez pas là pour vous défendre ; *Invidia medicorum pessima*.

« Tout cela peut être évité avec la méthode de Baudouin. A lui tout seul, presque sans appui, il s'est fait le continuateur de l'*Index medicus*. En vous adressant donc à notre confrère, et moyennant un abonnement annuel d'un prix minime, vous pouvez avoir à votre disposition, non seulement tous les titres des mémoires parus sur le sujet qui vous intéresse, mais encore l'analyse et même la traduction de tous les travaux originaux publiés en n'importe quelle langue. Il est évident, bien entendu, que l'analyse comporte plus de frais que la simple indication bibliographique, et la traduction davantage aussi que l'analyse.

« Tout ceci d'ailleurs n'a qu'une faible importance. Ce que je tenais à vous signaler, c'est la vaste entreprise à laquelle s'est attelé Baudouin avec un courage qui me ravit et me stupéfie. En voilà au moins un qui ne manque pas d'initiative !

« On ne m'en voudra pas, je pense, de parler ainsi d'un confrère. Je vous assure qu'il ne s'agit point là d'une question de camaraderie; je ne connais Baudouin ni d'Ève ni d'Adam, l'ayant à peine entrevu une fois dans une de nos réunions. Seulement je ne vois pas pourquoi ce médecin ne trouverait pas parmi les médecins l'appui qu'on doit à une entreprise aussi utile qu'audacieuse. — F. H. »

L'Argus de la Presse (fondée en 1879). — A partir du 1^er^ juillet, pour cause d'agrandissement, les bureaux de l'Argus de la Presse seront transférés : 14, rue Drouot.

Nécrologie. — Le D^r^ JACQUES de Sainte-Soulle (Charente-Inférieure), reçu en 1893. — Le D^r^ LABRÉLY, de Pont-de-Vaux (Ain), reçu en 1850. — Le D^r^ COCHARD, de Nantes, reçu en 1840. — Le D^r^ MODELSKI, d'Aigrefeuille (Charente-Inférieure), reçu en 1888.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 50 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des intestins.**

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

NUTRITION DES ENFANTS. Farine Vigier, *ne constipant pas.*

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.